

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BONHOMME Roger

Né le 14 Mars 1908, à Angers

90

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA MIGRAINE DUODÉNALE

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL 21

1935

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BONHOMME Roger

Né le 14 Mars 1908, à Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MIGRAINE DUODÉNALE

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNI 21

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIE.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABTAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
EVALLE.			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de mon amour
filial et de ma grande reconnaissance.*

A MA FIANCEE

*Témoignage de ma profonde
affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

A MES MAITRES
de la Faculté de Médecine de Paris

A la mémoire de Monsieur le Docteur BRIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Auquel nous gardons la plus
grande admiration et la plus
grande reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur BOQUEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-Dieu d'Angers

A TOUS MES MAITRES

dans l'enseignement et à tous ceux qui m'ont guidé

*Que chacun trouve ici sa part de
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur DENECHAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur CARNOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de
cette thèse.*

INTRODUCTION

S'il est syndrome connu de tous et sans doute de toute antiquité c'est à coup sûr le syndrome migraineux qui n'a dû dans le passé épargner aucune génération, et par ses caractères si tranchés de crises avec intervalles intercritiques absolument indemnes être individualisé cliniquement depuis toujours; et pourtant nous ne possédons à l'heure actuelle aucune précision sur l'étiologie, la pathogénie et le mécanisme de cette céphalée curieuse aux accès si pénibles et si nette dans ses caractères, nous n'en voulons pour preuve que les travaux si nombreux qui lui sont consacrés ces dernières années, tant dans les sociétés savantes que dans les diverses publications. Il constitue vraiment un problème de toute actualité, attendant encore une solution définitive.

La crise de migraine semble évidemment bien être le symptôme capital d'une maladie : la maladie migraineuse, influencée à la fois par l'hérédité, le sexe, l'âge, l'état d'allergie du sujet; mais ce ne sont là que des causes prédisposantes qui n'en demandent pas moins pour devenir efficaces des causes secondes : endocriniennes, anaphylactiques et digestives. C'est précisé-

ment sur cette dernière cause, digestive, que nous voulons insister ici, et spécialement sur l'influence des troubles duodénaux, ayant pu suivre avec notre maître le professeur Dénéchau, une malade curieuse, qui dès 1924, a pu être soulagée de migraines particulièrement intenses et rebelles par le tubage duodéal qu'elle apprit à pratiquer et qu'elle a conservé jusqu'à ce jour comme remède héroïque à ses crises migraineuses. Cette observation nous a semblé d'un puissant intérêt, par sa longue durée tout d'abord : puisque notre migraineuse, pendant plus de huit ans reste fidèle à sa thérapeutique qui ne cesse d'étonner son entourage, la sonde d'Einhorn presque en permanence; ensuite par les vicissitudes par lesquelles elle est passée : opérée tout d'abord d'une cholécystectomie, loin d'être améliorée elle doit recourir presque immédiatement ensuite, sur les conseils de notre maître, au tubage duodéal qui seul la soulage. Elle aboutira enfin en 1932 à une gastro-entérostomie associée à une duodénojunostomie, c'est-à-dire au drainage réel et permanent de son duodénum, qui seul lui permettra de renoncer à son tube d'Einhorn. C'est là en un mot presque un fait expérimental, d'autant plus intéressant que ces deux interventions successives, assez éloignées à vrai dire, ont permis d'explorer « in vivo » le duodenum, les voies biliaires et l'estomac, et de contrôler autant que cela se peut l'état de ces viscères. Nous n'avons pas trouvé dans les quelques faits analogues rapportés jusqu'ici des conditions de précision aussi grandes. Ces faits sont à vrai dire très

peu nombreux, nous n'aurons guère à retenir que les trois publiés par M. le professeur Pierre Duval et M. J.-Ch. Roux, faits quelque peu postérieurs au nôtre, croyons-nous. Ces auteurs ont mis en valeur cette notion de migraines duodénales, déjà signalées au cours de la stase duodénale, mais d'une façon bien imprécise ; ils en ont donné la description et ont essayé d'en esquisser la pathogénie, leurs travaux nous seront d'un réel secours. Le professeur agrégé Chiray dans ses travaux sur le tubage duodéal avec Lomon, puis M. Pasteur Vallery-Radot y ont insisté depuis à plusieurs reprises.

Notre étude ne sera donc qu'un essai de mise au point d'un sujet déjà étudié, mais par de rares auteurs il faut l'avouer, sujet difficile certes, comme tout ce qui concerne la migraine. Notre contribution sera modeste, elle est basée en tout cas sur une observation longuement suivie et vraiment intéressante.

Qu'il nous soit permis d'apporter ici, à notre Maître, M. le professeur Denéchau, un hommage très respectueux ; non seulement il nous donna le sujet de cette thèse et nous aida dans son exécution, mais encore, depuis le début de nos études médicales et particulièrement quand nous fûmes son interne, nous avons trouvé en lui le guide le plus sûr, le plus dévoué et le plus accueillant auquel nous gardons la plus respectueuse sympathie et la plus vive reconnaissance.



En dehors de quelques particularités cliniques qu'elle peut présenter et que nous étudierons, la migraine duodénale rentre tout à fait dans ce grand cadre que forme le syndrome migraineux, c'est pourquoi, avant d'exposer l'histoire de notre malade il nous paraît utile de rappeler brièvement la définition et la symptomatologie de la migraine classique, de manière à rendre plus aisée ensuite la discussion et la critique de notre observation.

DEFINITION ET HISTORIQUE

La migraine est une céphalalgie unilatérale à crises paroxystiques séparées par des intervalles interparoxystiques indemnes. C'est une hémicrânie, s'accompagnant de troubles variés, sensoriels et psychiques, qui forme l'épisode le plus saillant de la maladie migraineuse. Elle débute généralement à l'adolescence pour s'épanouir à l'âge adulte et s'effacer dans la vieillesse. Elle est très variable dans ses modalités, les accès pouvant se rapprocher ou s'éloigner, non seulement chez des sujets différents, mais encore chez un même malade dans les diverses périodes de sa vie.

Il semble, et nous l'avons déjà dit, que la migraine ait toujours été connue de l'homme, au moins dans ses effets si ce n'est par son nom. Les littérateurs furent tentés par cette affection dont les symptômes leur permettait des descriptions imagées. Alfred de Vigny, qui était migraineux nous donne dans *Stello* une peinture évocatrice : « Je sens autour de mes cheveux tous les diables de la migraine qui sont à l'ouvrage sur mon crâne pour le fendre; ils y font l'œuvre d'Annibal aux Alpes. Il y a un Farfadet, grand comme un mouche-ron, tout frêle et tout noir, qui tient une scie d'une

longueur démesurée et l'a enfoncée plus d'à moitié sur mon front; il suit une ligne oblique, et là, dans l'angle du sourcil, sont blottis cinq diabolotins, entassés l'un sur l'autre, comme de petites sangsues, et suspendus à l'extrémité de la scie pour qu'elle s'enfonce plus avant dans ma tête; deux d'entre eux sont chargés de verser dans la raie minuscule qu'y fait leur lame denteée, une huile bouillante qui flambe comme du punch — Je sens un autre petit démon enragé qui a élu domicile tout au-dessus de mon crâne, il a une vrille entre ses petits bras, et la fait tourner avec une agilité surprenante. Il y a encore deux gnômes d'une petitesse imperceptible qui sont mes plus acharnés et mes plus rudes ennemis; ils ont établi un coin de fer : l'un tient le coin en attitude perpendiculaire; l'autre, armé d'un marteau gigantesque, frappe dessus comme une enclume à tour de bras et à grands efforts de reins. A chaque coup, mes yeux se ferment, mes oreilles tremblent, et la plante de mes pieds frémit. » Guy de Maupassant, à son âge adulte, bien avant qu'il fut question pour lui de paralysie générale souffrait de migraines; il écrit à ce propos : « Mais j'allais payer ma nuit sans sommeil. La migraine, l'horrible mal, la migraine qui torture, comme aucun supplice ne l'a pu faire, qui broie la tête, rend fou, égare les idées et disperse la mémoire ainsi qu'une poussière au vent, la migraine m'avait saisi et je dus m'étendre dans ma couchette, un flacon d'éther sous les narines. Pendant dix heures, je dus endurer ce supplice contre lequel il n'est point de

remède, et le lendemain, alerte comme après une convalescence, je partis pour St-Raphaël ».

Dans un article de la *Presse Médicale* de 1926, René Onfray émet l'hypothèse que Pascal souffrait de migraines ophtalmiques, dont la symptomatologie expliquerait le gouffre dont parle Boileau, qui apparaissait sur son côté gauche. Il est question dans des récits contemporains des fréquents maux de tête de Pascal et avant sa mort, le mot migraine avait été prononcé.

Les médecins d'autrefois semblaient confondre la migraine avec les diverses céphalées et n'en faire qu'un symptôme commun à un grand nombre de maladies. Cependant, vers la moitié du XVIII^e siècle on parle pour la première fois de migraines ophtalmiques. Puis la migraine fait l'objet des études d'un professeur de Wittenberg, Abraham Vater. En 1831, Piorry fait un essai de classification et tâche d'individualiser la migraine ophtalmique, ces travaux seront poursuivis par Brewster en 1865 et Forster en 1869. En 1882 Galezowski parle pour la première fois de « maladie des vaso-moteurs » et en 1883 Siegrist de « spasme artériel » à propos de la migraine; mais il faut venir en 1913 pour voir s'éclaircir un peu la question à la suite d'un rapport de Bouquet à la Société de Thérapeutique, sur la migraine ophtalmique et son traitement. En 1924 M. M. P. Duval et J. Ch. Roux publient leurs observations sur les migraines duodénales, apportant ainsi une précision nouvelle à une pathogénie encore confuse; c'est depuis cette date surtout que nous voyons les études se multiplier; ce sont

les travaux de M. M. Chiray et Triboulet sur les migraines biliaires; les rapports de Christiansen et Pasteur-Vallery-Radot à la VI^e réunion neurologique internationale de Paris en 1926 qui apportent en même temps qu'une mise au point de tout ce qui avait été précédemment publié sur la question, une étude personnelle sur la maladie migraineuse et ses bases étiologiques, puis sur la crise de migraine et son interprétation par un trouble vaso-moteur d'origine sympathique; ce sont encore les travaux de M. Léopold Levi sur le centre migrainogène, ceux de Sédillot sur l'influence d'un complexe hépato-hypophysaire, de M. G. Faroy sur le rôle du foie dans la migraine. Nous retrouverons tous ces auteurs dans les travaux récents lorsque nous ferons notre étude étiologique et pathogénique; nous verrons que si l'historique de la migraine ne remonte pas très loin dans le temps il est extrêmement riche de documents nouveaux et que si la migraine n'a pas tenté les auteurs anciens, peut-être parce qu'elle était un phénomène banal et simple au premier abord, les auteurs modernes ont su s'y intéresser en raison sans doute de son importance clinique et de sa difficulté d'interprétation qui reste grande malgré les études nouvelles.

ETUDE CLINIQUE

A. — L'ACCÈS DE MIGRAINE SIMPLE

L'accès de migraine est le plus souvent précédé de prodromes particuliers. Le migraineux sent venir sa crise par un ensemble de phénomènes qui sont généralement constants chez un malade déterminé. Ces prodromes peuvent être de trois ordres, d'ordre général, d'ordre circulatoire, d'ordre digestif.

Les prodromes d'ordre général sont marqués le plus souvent par une sensation de fatigue, de mauvaise humeur au lever, de malaise indéfinissable, mais prenant toute son importance pour un malade averti. Plus rarement, on se trouvera au contraire en présence d'un état de mieux être d'activité, d'euphorie. Dans l'ordre circulatoire, on retrouve une impression d'étouffement, de barre à la poitrine, de battements frontaux. Les prodromes digestifs nous intéressent plus particulièrement, ils sont marqués fréquemment par une anorexie avec état nauséux, mais aussi quelquefois, comme chez notre malade, par un appétit exagéré, une faim impérieuse que le malade cherche à calmer par des prises d'aliments plus importantes qui ne feront qu'augmenter ses trou-

bles gastro-duodénaux et provoqueront la crise. Cet état de début assez spécial semble un peu particulier aux formes digestives. La crise éclate généralement le matin marquée dès le début par la douleur. Cette douleur est de règle unilatérale, bien que pouvant être bilatérale, elle peut siéger à n'importe quelle région du crâne, mais plus fréquemment dans les régions frontales, sus orbitaires et temporales, rarement dans l'occiput et la nuque. Cette douleur, d'abord sourde, va en augmentant d'intensité jusqu'à un extrême degré, c'est une sensation de martèlement, d'arrachement, de cercle enserrant le crâne à la façon d'un étau, avec hyperesthésie cutanée extrêmement marquée. Ces phénomènes douloureux sont augmentés par le bruit et la lumière. Le côté de la face correspondant à la douleur est le plus souvent pâle très rarement vultueux.

Le vomissement est l'accompagnement habituel de la crise, il est précédé de nausées pénibles et peut commencer avec la crise ou au contraire en marquer la terminaison, il empêche toute alimentation pendant l'accès, le malade vomissant immédiatement après une ingestion quelconque. Cet accès, qui souvent, dure vingt-quatre heures, peut se prolonger deux ou trois jours; il peut même devenir un véritable état de mal; dans sa forme la plus aiguë, il oblige le malade à s'aliter dans la solitude et l'obscurité. La crise va généralement en s'apaisant vers la fin d'une journée, puis le malade s'endort d'un sommeil lourd, réparateur et se réveille le lendemain matin un peu las, mais

sans douleur, l'appétit est revenu, l'état général excellent, la crise est terminée. La reproduction de ces crises est variable, souvent à date fixe pour un même malade, au moment des règles chez la femme, ou toutes les semaines, tous les six mois, tous les ans. On a observé des formes cycliques, les crises allant en se rapprochant et en s'écartant à nouveau après un intervalle minima.

En dehors de cette crise classique de migraine simple on rencontre d'autres crises de migraines que nous allons aussi décrire brièvement.

B. FORMES CLINIQUES

Elles sont dues à des associations diverses.

a) *Migraine ophtalmique.*

Elle représente a écrit Christiansen « l'expression la plus typique de la maladie migraineuse » c'est la migraine simple, s'accompagnant de phénomènes oculaires qui apparaissent généralement les premiers, avant la douleur elle-même. Les prodromes existent comme nous les avons décrits, puis, brusquement apparaît le scotome initial. Le sujet voit d'abord une tache se poser sur l'endroit qu'il fixe, cette tache, lumineuse pendant quelques secondes prend ensuite l'aspect typique du scotome migraineux, « ce n'est ni un scotome lumineux, ni un scotome sombre. Il est totalement dépourvu de couleur : c'est une zone nulle,

une zone de néant dans le champ visuel, une zone de « non vision ». Le scotome migraineux typique est une « tache aveugle » bordée par un anneau lumineux fréquemment animé de mouvements ondulatoires ».

Siegrist écrit « le scotome n'est pas obscur, mais sans couleur, c'est un simple manque de sensation visuelle. » Bien que ce scotome en tache aveugle, représente la modalité la plus fréquente, il peut faire défaut, le scotome lumineux ou scintillant, normal au début de la crise, se prolongeant alors jusqu'à sa cessation.

Quelle que soit sa variété, le scotome subit au cours de la crise une série de métamorphoses extrêmement pénibles, il se déplace constamment et le malade regardant un objet ne peut le voir que partiellement autour des limites sinueuses du scotome; ces limites, couleur de feu peuvent être formées de lignes droites ou courbes suivant les cas. Le migraineux ne trouve alors le calme que lorsqu'il ferme les yeux, et reste allongé dans l'obscurité. Les nausées sont de règles, et c'est généralement au bout de vingt à trente minutes que la mobilité du scotome cesse, puis ses contours se resserrent et s'assombrissent, enfin, la céphalée fait son apparition, et à la phase visuelle succède une phase algique telle que nous l'avons décrite.

b) *Associations sensitivo-motrices.*

On peut noter dès les prodromes des paresthésies fugaces, des fourmillements dans les membres qui semblent lourds, et, à la période d'état une paralysie

transitoire des nerfs moteurs de l'œil, particulièrement de la III^{ème} paire, ou encore un certain degré d'aphasie ou une hémiplegie, formant ce que l'on a décrit sous le nom de « migraines accompagnées » ; à la céphalée en un mot, aux vomissements, s'ajoute dans cette forme une aphasie transitoire avec troubles moteurs plus ou moins marqués, véritables accompagnements du syndrome migraineux.

c) En dehors de ces deux grandes variétés, on signale des formes frustes, des formes où les symptômes oculaires ou douloureux alternent d'un accès à l'autre, etc....

EVOLUTION. — Le plus souvent la migraine évolue de façon continue avec des intercrises plus ou moins longues ou des cycles variés ; dans certains cas cependant, lorsque la maladie a commencé dans l'enfance on peut observer un moment de la puberté une rémission de durée variable, pouvant aller, mais rarement, jusqu'à la guérison définitive. A la ménopause, au contraire, la régression est de règle, elle est progressive, sur une période de plusieurs années, les crises vont en s'espaçant et en diminuant d'intensité jusqu'à la cessation complète ou presque complète. L'intercrise, nous l'avons déjà dit, est marquée par l'absence complète de tous les phénomènes migraineux, c'est là une des caractéristique de la migraine, le malade souffre de ses autres phénomènes, digestifs par exemple, sans que ceux-ci ne déterminent de crise paroxystique, et s'il ressent de temps à autre une céphalée

quelconque, elle sera banale, sans rien qui rappelle l'hémicrânie, avec vomissements, que nous avons décrite.

Quel que soit son type clinique, nous retiendrons de cette brève étude que la crise de migraine présente trois caractéristiques essentielles : elle est brusque, elle est passagère, elle est intermittente. Elle représente la phase aiguë de la maladie migraineuse, et son apparition est liée à un état particulier de l'individu ; état endocrinien, humoral, sympathique, digestif. C'est l'action de ce dernier que nous allons étudier à présent, dans sa forme duodenale ; rapportant les observations de M. M. P. Duval et J. Ch. Roux nous y ajouterons les nôtres, discutant ensuite l'action étiologique ou pathogénique du duodenum dans les états migraineux que nous aurons décrits.

LES FAITS CLINIQUES

OBSERVATION N° I

(Personnelle à M. le Professeur Dénéchau)

Madame R.... âgée de 63 ans, a des antécédents héréditaires satisfaisants : son père est mort à 86 ans (?) et sa mère à 59 ans hémiplegique après avoir eu durant sa vie plusieurs ictères; nous notons encore qu'une de ses grand'mère était migraineuse.

Personnellement, elle a une scoliose à convexité droite très marquée, remontant à l'adolescence, et fut traitée pour une anémie chlorotique par les ferrugineux. Elle a été réglée à 14 ans et a fait sa ménopause à 49 ans. Elle a eu cinq grossesses, de 19 à 36 ans, dont deux fausses couches et trois enfants nés à terme; l'un est mort jeune, un autre a été tué à la guerre, le troisième est vivant et bien portant.

L'histoire de sa maladie remonte assez loin dans son passé vers l'âge de onze ou douze ans, dès cette date elle présentait des migraines durant quelques heures, terminées par un vomissement alimentaire et revenant une ou deux fois par an. Il en fût ainsi jusque vers l'âge de 22 ans, époque de sa 2^e grossesse. A ce moment elle ressent des troubles marqués

par des crises intermittentes à type étiqueté hyperchlorhydric, consistant en crampes tardives après les repas, avec aigreurs et constipation, sans vomissements ni température, ni ictère; il s'y joint des migraines extrêmement douloureuses avec vomissements, et durant 24 à 48 heures. A 42 ans, les migraines deviennent extrêmement intenses et très prolongées. Douleurs dans l'hémicrâne droit, parfois gauche, qui s'accompagnent de vomissements répétés, l'obligeant à rester couchée immobile, un jour puis deux et même trois jours de suite, avec une diète absolue; dès qu'elle prend un peu d'eau ou de lait, elle vomit. Il s'y joint toujours des phénomènes gastriques marqués par des brûlures, de la constipation et des vomissements; mais ceux-ci sont liés aux migraines car entre ces dernières l'estomac se plaint sans que la malade vomisse. Elle maigrit notablement. L'hiver, les phénomènes semblent s'arranger, pour reprendre en Mai 1922. Elle continue à souffrir suivant deux types: l'un gastralgique avec crampes, brûlures, ballonnement épigastrique, et, pour la première fois, une sensation de déchirement, de régurgitations acides, de léger subictère; l'autre marqué par un état migraineux constant avec des paroxysmes l'isolant du monde. Les céphalées présentent un état d'acuité qu'elle ne peut décrire, les vomissements deviennent presque incoercibles et c'est en présence de ces crises subintrantes que la malade se décide à venir consulter en Octobre 1922.

A cette date, l'examen nous montre : Une femme petite à thorax très déformé par une scoliose droite

accentuée. Très amaigrie, elle est pâle, peut-être un peu jaune, sans ictère; la langue est blanche.

On ne trouve rien d'anormal aux poumons ni au cœur. La pression artérielle est 12-7 1/2 au Vaquez, les urines sont normales.

Au niveau de l'abdomen, l'estomac paraît très grand clapotant jusqu'au dessous de l'ombilic, 4 heures après un repas léger; il ne présente ni soulèvement en masse, ni contractions apparentes, ni douleur au palper, ni masse sentie. Le foie semble de dimensions normales autant qu'on peut l'affirmer avec une scoliose aussi accentuée. Le bord inférieur déborde de deux travers de doigt les côtes; il est un peu dur et légèrement douloureux sans que l'on provoque pourtant une douleur plus vive à la région vésiculaire; seul l'épigastre un peu au dessus de l'ombilic semble sensible à une pression prolongée. L'intestin est spasmodique. Le toucher rectal est normal ainsi que le toucher vaginal.

Une radioscopie montre à jeun l'existence d'une poche à air gastrique assez volumineuse, sans liquide résiduel. Le remplissage s'effectue de façon très anormale, l'estomac se remplit en effet en deux temps, une encoche profonde de la grande courbure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers inférieur divisant la cavité gastrique en deux poches communiquant par un passage large, mais permanent avec les diverses positions de la malade et dans le reflux imprimé de la poche inférieure vers la poche supérieure. Cette biloculation est constatée à un second examen pratiqué

trois jours plus tard. Elle n'empêche pas la poche inférieure de se remplir. Les contractions apparaissent à son niveau et l'évacuation se fait au travers d'un duodenum nettement visible dans ses deux premières portions, présentant un semblant de stase avec douleur au niveau du genou supérieur. Ce double examen rend le diagnostic hésitant, et seule, l'apparition d'un léger subictère avec l'absence de toute image d'ulcère au niveau de la petite courbure permet de conserver le diagnostic du début: cholécystite avec adhérences à distance et peut-être ulcus médiogastrique concomitant. La persistance des douleurs, l'impossibilité de toute alimentation, l'état général de plus en plus précaire de la malade nous incitent à lui proposer une intervention, qu'elle accepte, pour en finir, dit-elle, avec ses douleurs et plus encore avec cette céphalée qui l'obsède et qui disparaîtra, croit-elle avec ses troubles digestifs.

L'opération est pratiquée le 26 Décembre 1922 par le Docteur Brin : laparatomie médiane sus-ombilicale, grand estomac sans induration ni tache à aucun endroit. Incision transversale. On aperçoit une vésicule blanchâtre qui contient quelques petits calculs. Cholecystectomie, petits calculs noirâtres muriformes. Drain et mèche au contact du pédicule. Suites immédiates excellentes, elle peut s'alimenter dès le dixième jour et sort le 19 janvier 1923. Elle semble ne plus souffrir pendant quelques semaines et regagne trois livres. Puis, la douleur réapparaît au creux épigastrique, tardive après les repas, sensation de faim dou-

loureuse calmée par une prise d'aliments. Cette douleur quoique siégeant à gauche s'irradie en travers à droite et remonte jusqu'à l'épaule de ce côté; la malade remarque qu'en se couchant sur le côté droit et sur le ventre, elle est un peu améliorée.

En même temps, les migraines reparaissent, sans relations évidentes avec les repas, mais quand elle a mal digéré, la moindre fatigue les provoque, l'immobilisant dans l'obscurité et le silence trois jours au moins par semaine, la forçant à cesser toute alimentation; le moindre repas, la moindre prise d'eau ou de lait déterminant un vomissement. Enfin, elle est redevenue constipée. Elle revient consulter en juin 1924 où une radiographie montre :

A jeun, poche à air gastrique soulevant le diaphragme, mais interprétation difficile à cause de la scoliose. Estomac se présentant sous forme presque atonique, de grandeur considérable (2 travers de doigt au dessus du pubis). Pas de biloculation, mais la baryte tombe dans un sac inerte avec remplissage net de bas en haut. Peu de liquide résiduel. La mobilité spontanée est presque nulle; au palper, surtout en position horizontale, l'estomac remonte. Les contractions sont lentes à apparaître, puis se montrent intenses, le pylore s'ouvre et le bulbe se remplit. Ce bulbe est large, déformé, avec stase au genou supérieur. Le palper provoque une vive douleur au carrefour sous-hépatique, au voisinage de l'ancienne opération; la mobilisation de droite à gauche en ce point est pratiquement nulle. Le transit est pourtant satisfaisant

puisqu'au bout de trois heures, il ne reste plus qu'un peu de baryte; il est vide en trois heures et demie, la baryte est dans le grêle et le cœcum. Au bout de six heures, la baryte est dans l'angle droit. Au bout de vingt-trois heures, la malade a une selle barytée: le transverse et le descendant gardant encore un peu de baryté sont mobiles.

Cependant, les phénomènes ne font que s'accroître, la malade maigrit, et au mois d'octobre, à la suite d'une période plus pénible, elle revient consulter, et reste à la maison de santé prête à une intervention nouvelle si celle-ci peut la soulager.

Une nouvelle radioscopie ne montre aucune trace de la biloculation de jadis, mais une déformation de la première portion du duodénum qui est anormalement large, ne s'évacuant que lentement et qui est le siège d'une douleur assez nette au palper. Nous décidons de tenter alors une application de la sonde duodénale à demeure. Celle-ci, une fois placée, améliore en quelques heures la malade qui est toute surprise de ne plus souffrir de l'estomac et plus encore d'être complètement débarrassée de sa céphalée. Elle quitte la maison de santé ayant gagné deux kilogs, et continue chez elle à mettre son tube. Elle dit elle-même : « C'est curieux ce que j'étais bien quand j'avais mon tube, au point que je n'osais pas l'enlever ». Sitôt qu'elle l'enlève en effet, elle est reprise de ses anciens malaises, c'est ainsi qu'on la revoit en mars 1925, ayant voulu enlever son tube, elle est reprise d'une hémicrânie d'abord gauche, puis droite, et

persistant à droite, nausées, sensation de déchirement au niveau de l'estomac, et ballonnement.

A l'examen, elle a perdu du poids, on trouve une douleur au niveau de la cicatrice, mais aussi à droite, et pour la première fois, contractions visibles avec glouglou (signe de Koëinig). Revue en juillet 1925, elle n'a pas de tube depuis trois mois, ses migraines sont perpétuelles, deux fois par semaine au moins; elle se décide à remettre son tube, ses migraines disparaissent. Elle reste à la clinique, prend 2 litres 1/2 de lait par jour, va bien et rentre chez elle le 7 juillet, où elle continue à se tuber.

Revue ensuite par intermittences pendant plusieurs années.

Le 13 novembre 1930, une radiographie montre une poche à air dans un énorme estomac, très allongé. Remplissage hypotonique, avec traces de liquide résiduel; contractions régulières; légère stagnation au dessous du « genu superius », mobilité satisfaisante de bas en haut, presque nulle de droite à gauche.

Le 8 mai 1931, une nouvelle observation nous montre à nouveau l'incisure sur la grande courbure. Le bulbe est déformé avec douleur au niveau du genu superius et stagnation réelle, évidente au dessous. Les recherches de sang dans les selles sont toujours négatives. Devant la persistance des phénomènes migraineux, les difficultés que la malade éprouve à garder son tube (salivation, brûlures œsophagiennes) et la netteté de l'examen radiologique indiquant la stase duodénale, on décide la malade à une nouvelle inter-

vention pratiquée à la fin de 1931, par le Docteur Fruchaud.

Laparatomie médiane sus ombilicale. Très grand estomac ne présentant aucune lésion pathologique. Adhérences extrêmement serrées entre la face intérieure du foie, la première portion du duodénum et la deuxième portion au dessus du mésocolon. D'autre part, en soulevant le mésocolon, on constate que la partie sous mélocolique de la deuxième portion du duodénum et la troisième portion sont très dilatées. La libération des adhérences sous-hépatiques paraît très difficile et semble devoir entraîner de graves lésions de la paroi de la première portion du duodénum tant les connexions entre le foie et le duodénum sont intimes. Dans ces conditions, on pratique d'abord une gastro-entérostomie postérieure antipéristaltique (à trois plans de suture), située comme d'habitude sur la face postérieure du vestibule pylorique, et oblique de haut en bas et de gauche à droite. Puis on pratique ensuite une duodéno-jéjunostomie sur l'anse afférente du jéjunum d'une part, sur l'angle D_2-D_3 d'autre part. Duodéno-jéjunostomie à 3 plans. Fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incidents.

Comme après la première intervention, la malade se sentit soulagée pendant quelques mois; ses digestions étaient satisfaisantes et elle n'a pas souffert de migraines tant que son transit intestinal est resté bon. Puis, peu à peu, les troubles digestifs ont recommencé, marqués par du ballonnement après les prises

d'aliments, puis, une crise de migraine réapparaît, semblable aux anciennes avec ces deux différences que la douleur est occipitale, comme elle le reste actuellement, et que le vomissement qui l'accompagne, au lieu d'être minime, est très abondant, un litre et demi à deux litres, dit la malade, d'un liquide acide, mêlé de bile. Puis, d'autres crises sont réapparues, et actuellement, elles ont encore lieu tous les 15 jours environ, laissant la malade couchée dans l'obscurité pendant deux ou trois jours, à une diète absolue, après la crise, la malade reste fatiguée avec une légère céphalée qui persiste quelques jours encore. A deux reprises, depuis son opération, elle a essayé de remettre son tube, la première fois, il semble que ce fut avec un certain succès et s'il n'en fut pas de même à la deuxième tentative, c'est que ce tubage ne fut pas efficace, le vomissement se fit malgré lui, montrant bien la réapparition d'une sténose duodénale, évidente d'ailleurs au simple examen clinique.

OBSERVATION N° II

(*MM. Pierre Duval et J. Ch. Roux*)

Mme D..., jeune femme âgée de 32 ans, souffre depuis 10 ans de douleurs gastriques, au début sans horaire fixe; il s'agissait plutôt d'une digestion pénible avec sensation de pyrosis après les repas. Puis, les douleurs s'établissent suivant un mode plus précis, la malade se réveille vers minuit avec une sensation de tension, de plénitude gastrique, accompagnée de nausées; ces crises

sont de courte durée et disparaissent sans que la position prise par la malade ait une influence quelconque, elles sont presque quotidiennes.

En même temps, la malade se plaint de malaises; sensation de pyrosis après les repas, quelquefois régurgitation d'aliments acides, parfois enfin douleur en éclair à irradiation gauche. La malade souffre également d'une constipation opiniâtre; elle reste souvent pendant une semaine sans évacuation intestinale et n'obtient alors une selle qu'avec un purgatif qui déclanche une débâcle diarrhéique. Depuis 1911, s'installent des migraines qui deviennent de plus en plus fréquentes, et de plus en plus intenses. Avant son entrée à l'hôpital, depuis plusieurs mois, la malade avait au moins deux migraines par semaine avec céphalée violente et vomissements bilieux, durant de neuf heures du matin à cinq heures du soir. La malade fait un usage constant de différentes préparations destinées à atténuer ses douleurs, et surtout d'aspirine.

L'examen radiologique montre une aérocolie avec déformation de la grande courbure de l'estomac et surtout une dilatation du duodénum avec stagnation du repas opaque au niveau de la troisième partie du duodénum, mouvement de brassage et antipéristaltisme. Décentrage du bulbe. Le bulbe lui-même n'est jamais bien dessiné.

Analyse chimique du suc gastrique :

A jeun, 80 centimètres cubes de liquide gastrique fortement coloré par la bile sans résidu alimentaire; réaction acide légère.

Après repas d'épreuve : 210 centimètres cube d'une bouillie bien divisée; acide chlorhydrique libre abondant :

$$A = 1,85$$

$$H = 0,80$$

Réaction de Weber et de Boas positive dans les fèces.

Opération le 20 octobre 1922 : Dilatation moyenne de la troisième partie du duodénum à droite de la mésentérique; à gauche de l'artère, l'intestin reprend son calibre normal; on trouve des brides péritonales d'apparence congénitale autour du pylore et de la vésicule biliaire. Duodeno-jejunostomie sous-mésocolique.

Suites opératoires : Très rapidement améliorée; 7 kilogrammes de gain en cinq mois, selles régulières, en août, quelques douleurs gastriques qui cèdent rapidement à l'usage du Kaolin. La malade revue en novembre 1923 continue à aller très bien mais l'amélioration qui nous a le plus étonnés c'est la disparition à peu près complète des migraines; alors qu'elles se produisaient autrefois plusieurs fois par semaine, depuis l'opération, elles ont cessé. Il n'y a plus qu'une céphalée légère une fois par mois au moment des règles, sans vomissement d'ailleurs, et n'arrêtant pas la malade dans sa vie. La malade ne fait plus aucun usage de substance calmante.

Une radiographie montre la perméabilité parfaite de la duodeno-jejunostomie.

OBSERVATION III

(MM. P. Duval et J. Ch. Roux)

Mme L..., 36 ans, depuis 10 ans crises de douleurs intermittentes suivies de vomissements biliaires et de diarrhées; dans l'intervalle des crises, constipation habituelle et usage de laxatifs quotidiens. Depuis 4 ans, céphalée continue, aggravée au moment des crises douloureuses abdominales; alors la céphalée devient extrêmement vive, surtout dans la région sous-occipitale. Par moments les douleurs de tête s'intallent d'une façon

continue pendant 15 jours consécutifs, empêchant le sommeil; le décubitus augmente la douleur de tête, la malade reste assise sur son lit sans pouvoir s'étendre.

Opération en juillet 1923. — Sténose duodénale mésentérique supérieure, énorme dilatation à droite de l'artère. Duodeno-jejunostomie sous-mésocolique.

Depuis l'opération, disparition complète de la céphalée. La constipation qui existait autrefois et exigeait un laxatif quotidien a à peu près complètement cessé, c'est à peine si une fois par semaine la malade prend quelques médications adjuvantes.

OBSERVATION IV

(MM. P. Duval et J. Ch. Roux)

Mme H..., 50 ans, crises douloureuses abdominales ayant fait penser à des crises vésiculaires, suivies de vomissements bilieux, quelquefois de diarrhée. La malade est sujette depuis très longtemps à des douleurs de tête mais elles sont plus fréquentes depuis 18 mois. Elles s'installent souvent pendant une longue période et durent continuellement pendant 8 ou 10 jours; parfois, la douleur est si violente qu'elle entraîne un état syncopal et se termine souvent alors par une diarrhée biliaire.

La constipation était très accentuée, avant l'opération, la malade a été soignée par l'un de nous qui s'est d'abord efforcé de régulariser les fonctions intestinales; il a été facile d'y parvenir par l'emploi simultané de l'huile de paraffine et de l'agar-agar, mais malgré le retour des fonctions intestinales normales, la céphalée a toujours persisté aussi violente.

Opération. — Adhérences à l'angle duodénal. Sténose très nette du duodenum par la mésentérique. Section des

adhérences. Duodeno-jejunostomie sous-mésocolique. Depuis l'opération, les migraines ont complètement disparu, il ne reste que quelques céphalées très légères et très espacées. L'intestin est régulier.

En dehors de ces observations se rapportant à la « migraine duodenale », il nous paraît intéressant de rapporter une observation comparable à la nôtre au point de vue clinique, ayant trait aux migraines par atonie vésiculaire, d'autant plus que certains auteurs ont rapprochés ces deux causes, duodenum et vésicule, jusqu'à ne plus faire que d'une seule, la vésicule, la cause de la migraine que l'on observe dans les deux cas.

Nous empruntons cette observation à l'article publié par MM. Pasteur Vallery Radot et Blamoutier dans les archives de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1927 sur « le traitement de certaines migraines par le tubage duodenal ».

OBSERVATION V

(*MM. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier*)

M. N..., 67 ans, dessinateur, a des migraines depuis l'âge de 30 ans. Elles étaient assez espacées au cours des premières années; notre malade n'avait des crises typiques que cinq ou six fois par an. Celles-ci se sont dans la suite de plus en plus rapprochées pour devenir presque régulièrement hebdomadaires. Au cours de ces crises, les nausées et les vomissements sont presque constants. Dans leur intervalle, M. N..., se plaint fréquemment de

pesanteur gastrique, de digestions pénibles et lentes. Le diagnostic de dyspepsie rebelle avec hyperchlorhydrie et dilatation gastrique a été porté et a motivé la réforme.

De 1921 jusqu'en 1925, nous avons essayé des traitements multiples, tous ont été inefficaces, la peptonothérapie préprandiale a espacé les crises durant quatre mois, mais l'action de cette thérapeutique s'est épuisée.

Au moment où nous commençons les premiers tubages duodénaux, en avril 1925, M. N... a des crises de migraine très fréquentes, tous les cinq ou six jours en moyenne. Il sent venir ses crises quelques heures avant qu'elles n'éclatent. Toutes revêtent une acuité peu commune. Pendant leur durée, quinze à vingt-six heures environ, il accuse une très vive douleur fronto-pariétale, le plus souvent unilatérale avec maximum rétro-orbitaire. C'est une sensation intolérable de tête dans un étau avec élanacements paroxystiques arrachant des cris au malade. Dès les premiers instants, il éprouve des nausées fort pénibles qui durent aussi longtemps que la crise elle-même. Bientôt apparaissent des vomissements très abondants; d'abord muqueux, ils deviennent vite franchement bilieux; souvent même, notre malade vomit de la bile pure, brun foncé. Pendant des heures entières, il reste agenouillé sur son lit, faisant des efforts de vomissements incessants. Il ne tolère pas pendant toute la durée de sa crise, la plus petite quantité d'eau. La crise passée, il reste pendant quarante-huit heures au moins, abattu, prostré. Après quelques jours de calme au cours desquels il se plaint néanmoins d'une céphalée sourde, véritable sensation de casque, pareille crise se reproduit. Au début d'avril 1925, il a considérablement maigri; il ne pèse que 49 kgs 900. Il est inappétent, éprouve du dégoût pour les aliments. La langue est saburrale, la constipation est opiniâtre.

Le premier tubage duodenal est pratiqué le 1^{er} avril 1925. Dès les premiers tubages effectués, à raison d'un par semaine, il se produit une amélioration manifeste. Les crises sont plus espacées, elles sont moins intenses et plus courtes. Entre chaque crise, la céphalée frontale disparaît. L'appétit revient, la constipation est moins tenace, le malade « se sent renaître ». En quelques semaines, il reprend plusieurs kilogrammes.

La région vésiculaire est sensible avant les tubages ; après la sensibilité disparaît.

Dès la fin du mois de mai 1925, les crises de migraine ont disparu. Depuis lors, presque chaque semaine, notre malade a pratiqué un tubage duodenal. Du 1^{er} avril 1925 jusqu'à ce jour, il a fait 97 tubages ; 87 ont été parfaitement réussis, c'est-à-dire ont provoqué un drainage biliaire abondant ; 10 ont échoué, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de drainage cholécystique à cause, soit d'un spasme pylorique prolongé pendant plusieurs heures, soit du rejet de l'olive à l'occasion d'une nausée ou d'une quinte de toux. Pendant plus d'un an, nous avons pratiqué nous-mêmes ces tubages hebdomadaires. Depuis plusieurs mois, notre malade se tube seul, une fois par semaine. Nous avons toujours employé la solution de sulfate de magnésie à 33 p. 100 et injecté dans le tube 25 à 30 cc. de cette solution. Chacun des tubages correctement effectués nous a permis de drainer une bile abondante et foncée. Très rares sont ceux qui n'ont pas ramené au moins 50 cc. de bile. Maintenant, comme il y a 2 ans, la bile drainée est de coloration très foncée, noire même fréquemment ; c'est nettement une bile de stase et la teinte est toujours aussi colorée malgré la répétition des tubages.

Notre malade essaya à diverses reprises soit de suspendre les tubages, soit de les espacer. Ces tentatives n'eurent

pas de suites heureuses. Partant en vacances le 1^{er} Août 1925, il interrompit les tubages pendant quatre semaines. Du 1^{er} au 18 Août il eut une santé parfaite. Le 19 Août, il eut une crise de migraine, d'ailleurs atténuée, avec vomissements bilieux. Du 20 au 30 Août il accuse un état de céphalée permanente, Le 1^{er} Septembre les tubages furent repris; l'état céphalalgique disparut.

Entre le 4 et le 19 Novembre, notre malade ne fit pas de tubages. Dans les derniers jours de cette quinzaine il fit de violents maux de tête. En Avril 1926, il commença la série de tubages effectués seul; il ne réussit pas les premiers. Il resta de ce fait, trois semaines sans drainer sa vésicule; une crise de migraine violente survint qui l'obligea à garder le lit pendant 24 heures. En Décembre 1926, grippé, fébrile, il ne put se tuber; quinze jours après le dernier tubage effectué, une crise éclata. En Février 1927, ayant une angine il ne peut avaler l'olive, le tubage fut différé; quelques jours après survint une crise migraineuse.

En pratiquant un tubage toutes les semaines notre malade est sûr d'éviter les crises de migraines, si ce tubage est correctement fait; aussi est-ce avec une régularité scrupuleuse que tous les jeudis il se tube. La vie nous dit-il est transformée depuis deux années qu'il pratique ces évacuations de bile vésiculaire. L'efficacité des tubages nous semble démontrée par cette observation quasi expérimentale. Si l'on voulait une preuve de l'action des tubages sur la crise migraineuse, on la trouverait dans ce fait que le 16 Novembre 1926, M. N... éprouva vers 4 heures du matin les prodromes lui annonçant une crise prochaine; sans plus attendre il prend sa sonde et se fait un tubage duodenal, le drainage biliaire s'effectue avant que la douleur ait atteint son paroxysme; la crise avorte.

En présence d'une observation comme celles que nous venons de citer, il convient avant de chercher à l'interpréter, de l'étudier et d'en discuter la valeur en se demandant :

1°) Si l'on a bien à faire à une migraine.

2°) Si cette migraine présente des signes cliniques particuliers.

1°) *Est-ce une migraine?*

Vincent Lyon de Philadelphie avait signalé le premier, des cas de céphalées tenaces cédant à l'action des tubages duodénaux; mais nous savons qu'on n'a plus le droit de confondre migraine et céphalée. M. M. Chiray et Triboulet dans un article paru en 1925 sur le rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux écrivent : « Les céphalées qui relèvent du tubage duodénal ont en général des caractères migraineux plus ou moins nets. Elles surviennent par accès séparés par des périodes de rémission quelquefois prolongées, restent habituellement localisées à une moitié du crâne. Elles s'accompagnent de façon presque constante de troubles vaso-moteurs tels que pâleur ou congestion de la face, soit localisée à un côté soit généralisée ». Dans une observation comme la nôtre, il semble que l'existence de la migraine ne puisse pas être mis en doute. Nous avons bien, en effet, à faire à une hémicrânie à début brusque, ayant commencé dans le jeune âge pour aller en croissant à l'âge adulte. Les nausées et les vomissements accompagnent ces crises en dehors desquelles la malade ne vomit pas, même lorsqu'elle souffre de ses troubles digestifs, et les intervalles entre les crises sont indemmes de phénomènes comparables. Le diagnostic est donc évident et ne saurait se discuter avec celui de céphalée banale ou de simples douleurs névralgiques.

2) *Signes particuliers à cette migraine.*

Dans l'article qu'ils ont publié sur les migraines duodénales M. M. Duval et Roux font ressortir de leurs trois observations, celles-là même que nous avons citées, trois formes différentes de migraines :

1°) L'une coïncidant en général avec des crises de douleurs abdominales, souvent extrêmement violentes, et se terminant par un vomissement bilieux et une crise de diarrhée.

2°) Des migraines intenses durant douze à vingt-quatre heures et accompagnées de vomissements abondants; mais sans douleur abdominale.

3°) Des périodes de céphalée se prolongeant quelquefois pendant plusieurs semaines, et ne correspondant pas toujours aux paroxysmes abdominaux, accompagnée de nausées, mais quelquefois sans vomissements bilieux.

De Beule, parmi les symptômes généraux dus à la stase duodénale chronique relève en premier lieu « La céphalée post prandiale » tellement fréquente qu'à elle seule elle doit faire songer au duodenum et dans une thèse sur les sténoses chroniques du duodenum, Guicherie parle aussi de ces céphalées survenant après les repas, dont les caractères sont variables, mais reviennent à des intervalles de plus en plus rapprochés à mesure que s'accroît la sténose.

Notre cas particulier semblerait rentrer dans la deuxième série de M. M. Duval et Roux; crises violentes avec vomissements bilieux abondants, en dehors des douleurs abdominales, les crises devenant de plus en plus importantes à mesure que les signes radiologiques de sténose se montraient plus apparents. Nous ajouterons cependant un signe qui nous paraît assez particulier à ces formes digestives, c'est la sensation de faim impérieuse que nous trouvons dans les prodromes de la crise chez notre mala-

de; cet appétit exagéré qu'elle éprouvait la veille de ses crises et qu'elle était obligée de satisfaire, était pour elle l'indice certain d'une migraine imminente.

En conclusion, nous pouvons résumer notre observation en disant que nous sommes en présence d'une malade opérée de cholécystite, et présentant des crises de migraine véritable en rapport certain avec des phénomènes de stase duodénale; crises influencées par l'action des tubages duodénaux.

Il nous reste maintenant à voir comment nous pouvons interpréter ces faits cliniques.

INTERPRETATION DES FAITS

Nous avons limité avec intention l'étude clinique de la migraine au simple exposé de la crise dont nous avons indiqué les prodromes, les signes caractéristiques de la période d'état, les formes principales, et décrit l'évolution. Cette crise paroxystique si spéciale est en effet l'essence même du syndrome; en est-elle l'unique et seul constituant? D'une façon unanime les auteurs actuels considèrent qu'à côté de la crise de migraine existe un état constitutionnel, congénital peut-on dire et héréditaire de règle, quoique pouvant apparaître d'une façon plus tardive : c'est la maladie migraineuse. Cet état n'est à vrai dire que très peu clinique, il relève bien plutôt d'un dynamisme spécial, d'une diathèse aurait-on dit jadis et ne s'extériorise que par l'apparition du paroxysme intermittent qu'est la crise de migraine. Il n'est pourtant pas une simple vue de l'esprit, il ressort au contraire pour qui veut réfléchir et des données étiologiques et de l'étude biologique du milieu sanguin et humoral que les études modernes ont permis de déceler chez la généralité des migraineux. C'est grâce à lui que l'on peut tenter aujourd'hui une interprétation

pathogénique du syndrome migraineux et spécialement de la migraine duodenale qui nous intéresse particulièrement.

ETIOLOGIE

Ces données étiologiques se résument à vrai dire à l'hérédité, le sexe et l'âge, tandis que les modifications de l'état humoral et sanguin semblent relever essentiellement de troubles endocriniens constatés toujours semble-t-il et de l'état si spécial que l'on appelle allergie. Ce sont là des faits qu'il nous faut résumer tout d'abord, ils nous aideront grandement ensuite à l'interprétation pathogénique de la maladie migraineuse et des paroxysmes qui en sont l'expression.

L'hérédité paraît constante au dire de tous les auteurs et en particulier de Christiansen et de son école; elle ne fit pas défaut dans notre observation puisque nous rencontrons la migraine dans les ascendants de notre malade et particulièrement chez une de ses grand-mères, Ch. Schmidt a essayé d'appliquer et de vérifier les lois de Mendel sur un assez grand nombre de migraineux. Il arrive à conclure que la migraine est une maladie héréditaire dominante dans le sens de Mendel. Il est moins affirmatif pour dire si cette hérédité est similaire ou si elle se résume à un simple terrain tout préparé, très voisin du neuro arthritisme classique. Cette notion, dont nous reconnaissons l'imprécision, est pourtant la seule qui ressorte des travaux actuels, car, dit l'auteur norvégien dans

son rapport si étudié de la séance de neurologie : « En raison de nos connaissances imparfaites des lois de l'hérédité, en raison de notre ignorance encore plus complète de la nature exacte du métabolisme, nous ne pouvons encore décider avec certitude si cette déviation de l'état normal (qu'est la maladie migraineuse), représente quelque chose de spécifique pour la migraine ou s'il forme la base commune à toute une série d'ensembles pathologiques, dont la migraine ne serait qu'une manifestation isolée, hypothèse qui semble la plus vraisemblable ». Christiansen expose pourtant qu'il est des faits nombreux qui indiquent que c'est sur un terrain constitutionnel quelconque que se développe la migraine et que les divers facteurs étiologiques manifestent leur influence, c'est-à-dire, croyons-nous que l'hérédité est plutôt une hérédité de groupe qu'une hérédité absolument spécifique.

Le sexe féminin semble frappé le plus souvent, c'est là encore un fait d'observation que la fréquence des migraines est plus grande chez la femme que chez l'homme. Les proportions varient un peu suivant les auteurs, 1,5 pour Mobius; 2,5 pour Kovalevsky.

L'âge de la migraine est généralement précoce, la première crise débute le plus souvent dans la première enfance, les malades ne se souviennent même plus de la date de leur accès initial, ou même ils ont la notion de migraine aussi loin qu'ils remontent dans leurs souvenirs. Fréquemment, les premières crises coïncident avec la puberté. Il est plus difficile de fixer

un âge limite à la migraine, les auteurs ne sont d'ailleurs pas d'accord sur cet âge, il semble cependant que l'on doive se méfier d'une migraine apparaissant après la quarantième année et se demander sérieusement si l'on n'est pas en présence d'une migraine symptomatique d'une affection organique du système nerveux.

Les modifications du milieu sanguin et humoral se résument aux troubles endocriniens tout d'abord et à cet équilibre instable tout particulier qu'est l'allergie,

Les troubles endocriniens ont été constatés par leur seule expression clinique d'une façon presque constante chez les migraineux, à qui s'est donné la peine de les chercher. Ils sont prouvés peut-être plus encore par l'heureuse influence du traitement opothérapique dans les nombreuses observations publiées. Il ne faut pas méconnaître d'ailleurs qu'il s'agit tantôt d'hypo, tantôt d'hypersecretion, plus souvent peut-être d'instabilité endocrinienne ou, comme on dit aujourd'hui, de dystonie; qu'il y ait en effet déficit ou excès de la sécrétion d'une glande, il en résultera une répercussion sur les glandes voisines, une dysharmonie en un mot; c'est la dysendocrinie si universellement admise actuellement comme facteur pathologique, la maladie migraineuse y reste soumise comme tant d'autres affections voisines.

Quant à *l'allergie*, admise comme facteur étiologique par Cantilo, elle semble, à notre sens, avoir un rôle incontestable bien que difficile trop souvent à

mettre en évidence. Ce pouvoir très particulier de l'organisme imprégné au préalable d'un virus, pris au sens le plus large du mot, de réagir autrement que lors de la première atteinte par une nouvelle atteinte de ce même virus, semble bien exister chez nos migraineux et expliquer leurs crises de migraines apparues à une date souvent tardive, alors qu'elles n'existaient pas précédemment, sous des facteurs variés qui n'avaient pourtant point épargné auparavant ces mêmes sujets. Il s'agit au fond d'un état spécial, de sensibilisation provoquant un nouvel équilibre bien fragile, permettant cependant, tant qu'il existe, la continuité harmonieuse des diverses fonctions de la vie; vient-il à se rompre, sous l'influence d'une hypersensibilité, la crise apparaît. Nous arrivons ici au choc hémoclastique qui explique la crise de migraine, nous le verrons à la pathogénie. Rappelons dès maintenant, que ces notions ne sont pas, ici encore, théoriques ; elles ont été prouvées par les signes très caractéristiques mis en valeur par Widal, Abrami, Brissaud, etc. : hypotension artérielle subite, leucopénie avec inversion de la formule, raréfaction des hémato blastses, troubles de la coagulation du sang, baisse de l'index réfractométrique du sérum, aspect rutilant du sang veineux. Or, dès 1919, MM. Pasteur-Vallery-Radot, Pagniez et Nast ont constaté au cours de la crise de migraine, ces mêmes phénomènes; l'allergie où cette sensibilité spéciale que nous avons dite, semble donc bien avoir dans la migraine un rôle étiologique certain.

PATHOGENIE

La migraine, quelle qu'en soit la variété, a fait l'objet de théories pathogéniques extrêmement nombreuses ; nous nous contenterons de les rappeler rapidement pour nous arrêter à celle qui nous paraît vraiment adaptée aux faits et particulièrement à la migraine duodeno-biliaire que nous avons en vue.

Tout d'abord, la céphalée paroxystique migraineuse a été localisée dans la substance cérébrale, soit qu'il existe une sensibilité exagérée des centres sensoriels et sensibles (Schottin 1911), soit qu'avec Schultze en 1922, il s'agisse d'une excitation particulière de l'écorce cérébrale. Léopold Lévi admet l'hypothèse d'un centre migrainogène formé de cellules situées sur le plancher du quatrième ventricule ; qu'à l'occasion d'un trouble endocrinien apparaisse un œdème brusque et temporaire de ce noyau, la crise se déclenche, et tous les symptômes qui l'accompagnent ne seraient que l'expression de l'irritation de voisinage des noyaux adjacents. Puis, c'est l'hypophyse qui est incriminée avec Fisher et Hodges et tout récemment avec Sédillot ; une poussée congestive soudaine et temporaire intéresserait parfois la totalité, plus souvent une moitié de l'hypophyse et provoquerait la crise migraineuse. Paulian et Ghimus enfin, parlent d'anomalies ou de néoformation de la selle turcique ou des apophyses clinéoïdes qui n'ont pas dû pourtant être bien souvent constatées.

En 1923, Löwenthal et avant lui, Quincke, ont parlé

d'augmentation de la pression intracrânienne; mais Sicard a montré par des ponctions lombaires répétées chez les migraineux en crise, qu'il était exceptionnel de trouver une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien.

On a parlé ensuite de névralgie du trijumeau, quoique l'on ait trouvé très rarement les points douloureux typiques de cette algie; puis, de myosite ou de myœdème des muscles du crâne qui seraient gonflés, douloureux, et comprimeraient mécaniquement pour ainsi dire les filets nerveux de voisinage.

Nous ne saurions faire fi de toutes ces théories qui semblent basées sur l'observation de certains faits; elles ont le grand défaut cependant de ne s'appliquer qu'à quelques cas spéciaux; elles n'expliquent pas surtout la brusquerie, l'intermittence de la crise, pas plus que la sédation absolue, parfois prolongée de l'intercrise. Il ne faut certes pas méconnaître les céphalées liées à des néoformations osseuses de la base du crâne, aux phénomènes d'hypertension intracrânienne, aux névrites et aux cellulites fronto-temporales, mais ce sont là des céphalées et non des migraines.

Il en va autrement de la théorie sympathique longuement décrite par Pasteur Vallery Radot dans le rapport à la société de neurologie dont nous avons déjà fait état, nous croyons devoir citer les termes mêmes de cet auteur : « Les arguments sont nombreux, montrant qu'il s'agit de vaso-constriction : « les malades ont la face pâle au début de l'accès de

« migraine; l'artère temporale est contractée et dure;
« la migraine donne une sensation d'étreinte au ni-
« veau de la tempe douloureuse, bien différente d'une
« céphalée qu'on éprouve au cours d'une pyrexie
« avec congestion de la face.

« Comment expliquer autrement que par la vaso-contriction ces hémiparésies fugaces, ces paraphasies ou aphasies transitoires, ces engourdissements passagers de la main et de la face, ces troubles visuels qui ne durent que quelques instants. On peut, expérimentalement, par l'épreuve de la glace et par l'action des substances vaso-dilatatrices, démontrer que la vaso-contriction est à l'origine de la crise de migraine (Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier). L'inhalation des substances vaso-dilatatrices, telles que le nitrite d'amyle, peut avoir une action efficace sur la migraine ».

Or, cette vaso-contriction ne peut dépendre que d'une excitation du système sympathique, les preuves en sont nombreuses; preuves cliniques tirées de certaines observations de migraines survenues chez des sujets atteints d'un syndrome sympathique unilatéral permanent et certain (Flatau, Claude, Laignel-Lavastine); preuves opératoires surtout et qui ont par conséquent la valeur d'une véritable expérience. C'est ainsi que Jonnesco a pu obtenir la guérison complète des migraines chez une fillette qui en souffrait depuis quelques années, par la résection totale et bilatérale du sympathique cervico-thoracique. Debrez, de Liège, obtint la même guérison par la résection du ganglion

cervical supérieur associé à la sympathectomie péri-artérielle. Tel aussi le cas de Witzel où la sympathectomie péri-artérielle des carotides primitives interne et externe fit disparaître une migraine à accès particulièrement fréquents.

Enfin, Sicard et Lermoyez notent la disparition d'accès migraineux après sympathectomie péri-artérielle de la temporale associée à la ligature de l'artère.

Notons pourtant que PasteurVallery-Radot, dans un article récent, tout en restant partisan de l'angiospasme, se demande s'il est toujours fonction du sympathique. Les études histologiques, en effet de l'innervation des artères cérébrales, ne semblent pas avoir donné de résultats probants et les recherches physiologiques qui lui ont été consacrée restent de valeur inégales; si la vaso-constriction semble la base de cette théorie, le rôle du sympathique dans sa production peut être encore discuté.

Nous devons signaler ici l'interprétation de Sédillot pour qui la migraine est avant tout un phénomène de vaso-dilatation. Il en donne pour preuve, l'obstruction de la narine pendant la crise de migraine, du côté de l'hémicrânie, avec congestion de la muqueuse pituitaire, larmoiement du même côté et gonflement des paupières; pour lui, la sphère de la carotide interne dans sa partie accessible à notre observation, semble vraiment hyperhémiee; il n'y a pas de raison pour que la portion, non visible, de cette artère, ne soit pas dilatée également. Par contre, la carotide externe, par compensation, serait en état de vaso-

constriction, d'où la pâleur de la joue, du menton, de la tempe, qui donne cet aspect cireux si spécial des migraineux en crise. Vaso-constriction pour l'un, vaso-dilatation pour l'autre, le sympathique, ce grand répartiteur du sang, serait donc toujours en cause, et c'est en fin de compte à cette théorie qu'avec tous les auteurs nous devons nous rallier.

*
**

Ce rôle du sympathique agissant par vaso-constriction comme il semble plus vraisemblable ou par vaso-dilatation comme le veut Sédillot, n'est pourtant pas suffisant; il est le mécanisme de la crise, mais comme tel, il est mis en action par des facteurs qui nous restent à préciser. Trois ordres de troubles ont été et doivent être envisagés ici; les troubles endocriniens; les troubles humoraux, surtout l'anaphylaxie, enfin, les troubles digestifs.

Les troubles *endocriniens* s'associent naturellement aux perturbations du sympathique; ce dernier n'est-il pas, en effet, sous la dépendance absolue des diverses glandes endocrines; les faits sont innombrables de migraines menstruelles dites encore ovariennes par hyper ou hypo-ovarie ou dysfonction des ovaires. L'on s'est demandé d'ailleurs si à l'action de la sécrétion plus ou moins viciée des ovaires ne se joignait pas parfois une action directe de voisinage sur le sympathique. L'influence du corps thyroïde pour moins importante, paraît cependant indiscutable, la

migraine des basedowiens est une constatation clinique indéniable, écrit Cantilo, mais l'un de nos maîtres qui a pratiqué le métabolisme basal sur un certain nombre de migraineux, l'a trouvé tantôt diminué, tantôt augmenté, la migraine peut donc être aussi bien en rapport, semble-t-il, avec une hyper ou une hypothyroïdie. Nous avons dit déjà le rôle possible de l'hypophyse d'après Fisher et Hodges, et fondamental, d'après Sédillot. Nous insisterons enfin tout à l'heure sur l'importance du foie à propos de l'action des troubles digestifs.

Avec *l'anaphylaxie*, nous abordons l'essence même du processus migraineux; nous avons d'ailleurs déjà au chapitre de l'étiologie, envisagé son rôle en insistant sur les modifications des humeurs et du sang dans cette affection. Nous avons dit que la crise de migraine s'accompagnait des signes propres au choc colloïdoclasiq.ue. Pagniez et Nast l'ont montré en observant que l'ingestion à jeun de 60 grs de chocolat était capable de provoquer une chute leucocytaire avec inversion de la formule, suivie de migraine. Van Leeuwen et Zeydner ont trouvé dans le sang des migraineux une substance qui provoque la contraction des muscles lisses de l'intestin du chat avec la même intensité que la pilocarpine, or, le sang des urticariens et des asthmatiques possède une action analogue. L'emploi du traitement antianaphylactique donne parfois d'excellents résultats, il constitue la base même du traitement de la migraine d'après Pasteur-Vallery-Radot. Enfin, nombreuses sont les crises de migraines

produites par l'ingestion ou l'inhalation de protéines spécifiques, ces malades sont vraiment sensibilisés. N'est-on pas frappé d'ailleurs par le cycle si spécial de cette curieuse affection, marquée par des crises brutales, mais de courte durée et terminées brusquement; avec des intercrises tellement indemnes de tout trouble que le sujet semble immunisé, désensibilisé. Il est classique de dire et d'observer que pendant des années, les migraineux présentent des syndromes anaphylactiques auxquels succède la migraine, à moins qu'elle ne coexiste ou plutôt n'alterne avec eux.

Nous voici donc en possession d'une pathogénie vraiment basée sur des faits et rationnelle à priori. La migraine maladie est essentiellement liée à un trouble humoral, à un état d'allergie, autant du sang circulant que des humeurs, autant extra qu'intra cellulaire, résultant toujours d'une prédisposition héréditaire et semblant souvent sous la dépendance de troubles endocriniens, hypophysaires, ovariens surtout. Vienne une cause secondaire d'hyper-sensibilisation, semble-t-il, un véritable déclenchement brutal apparaîtra, analogue en tous points à la crise colloïdo-clasique et lié à la mise en branle du grand sympathique; la maladie migraineuse s'est extériorisée, la crise de migraine est apparue.



Restent les troubles *digestifs*; nous devons insister sur leur rôle, rôle secondaire parfois, il faut l'avouer, mais constant, car, sans eux, il n'est pas de migraine

véritable, rôle essentiel dans certains cas, nos observations en sont une preuve péremptoire.

Ils peuvent être une simple indigestion, ils peuvent être des vomissements réitérés avec ou sans diarrhée. Ils peuvent être d'ordre biliaire avec réaction douloureuse, Chiray l'a montré, au carrefour sous-hépatique et stagnation biliaire dans les voies extra-hépatiques obstruées ou même après cholécystectomie, lorsque par une sorte de suppléance, la bile séjourne et s'épaissit dans les voies biliaires dilatées; ils peuvent être enfin d'ordre duodenal, nous croyons pouvoir l'admettre après MM. P. Duval et J. Ch. Roux.

L'importance des troubles de l'évacuation biliaire chez les migraineux est un fait bien établi, et c'est à Chiray et à ses élèves, Lomon et Triboulet avant tout, puis à Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier, que l'on doit les faits probants de stagnation de la bile qui est épaissie et concentrée, et dont l'évacuation est difficile si ce n'est nulle chez les migraineux, d'une part, et d'autre part, l'amélioration certaine, lorsque le tubage duodenal arrive à drainer et à évacuer cette bile stagnante. Chiray en particulier, conclut de ces faits, déjà nombreux, que la migraine est fonction fréquemment d'une stase dans la vésicule, soit par obstruction, soit par atonie ou hypotonie vésiculaire, ce qu'il intitule cholécystactonie. Allant plus loin, et ayant observé chez les cholécystectomisés avec état migraineux persistant, la disparition de ces derniers par le tubage, il considère que dans ces cas, en dépit de l'ablation ou de la disparition du réservoir cystique

une nouvelle stagnation s'est produite dans les canaux hépatiques et dans le cholédoque dilaté: d'où réapparition des migraines qui disparaissent encore par le drainage lié au tube d'Einhorn.

Ces constatations sont certes troublantes et l'on est tenté, après elles, d'interpréter les observations des migraines duodénales comme des migraines biliaires. Notre observation ne saurait y échapper, d'autant qu'elle n'a pas comporté l'étude systématique des biles A, B. et C et qu'il s'agissait d'une cholécystite incontestable. Les faits de MM. P. Duval et J. Ch. Roux, semblent, différents, l'obstacle était uniquement duodénal, sans qu'il soit question des voies biliaires principales et secondaires; l'obstacle enlevé, la migraine disparaît. Nous croyons intéressant de résumer ici une seconde observation inédite où une migraineuse à crises terribles et prolongées présentait un syndrome de König par sténose du tout premier début du jejunum et où, au cours de deux opérations, la vésicule et les voies biliaires extra-hépatiques étaient absolument indemnes.

« Mlle X..., 27 ans, mère migraineuse, morte de néphrite à 46 ans; père dysptique et migraineux; deux frères bien portants. Aucune maladie antérieure si ce n'est au cours d'un séjour aux colonies, des fièvres ayant nécessité la prise de quinine.

Réglée à 10 ans.

A l'âge de 15 ans, sans raison, semble-t-il, apparaissent des crises marquées par des douleurs extrême-

ment intenses dans la région ombilicale et à droite de l'épigastre, sortes de coliques violentes d'intensité parfois extrême, apparaissant quatre heures après le repas et s'accompagnant immédiatement d'une migraine affreuse. Cette céphalée sus-orbitaire gauche gagnant en quelques heures la région orbitaire droite, est d'une intensité extrême; elle oblige la malade à se coucher dans l'obscurité et le silence, un jour, deux, et quelquefois trois jours de suite. Ces crises s'accompagnent de façon inconstante de vomissements aqueux. Pendant tout ce temps, les douleurs abdominales se répètent, calmées par la prise d'un peu d'eau et déjà s'accompagnent dans la région juxta-ombilicale d'une sorte de glou-glou qui suit chaque crise douloureuse. On note une oligurie très remarquable pendant toute la durée de la crise. Après 48 heures, ou trois jours, les douleurs abdominales cessent, une émission d'urine se fait et un sommeil réparateur apparaît. Ces crises deviennent de plus en plus fréquentes avec les années et à 27 ans, au moment de nos premiers examens, chacune s'accompagne d'une constipation extrême avec presque un arrêt des matières et des gaz. L'examen local d'ailleurs, montre un peu au-dessus de l'ombilic, l'apparition d'une anse intestinale saillante, un peu en dos d'âne, avec une onde péristaltique très importante venant s'écraser en un point, toujours le même, où se situe le glou-glou caractéristique. Le diagnostic semble s'imposer, il s'agit à n'en pas douter, d'un syndrome de König avec obstruction du grêle. Une radiographie incomplète montre

un très grand estomac atone contenant un peu de liquide à jeun, des contractions intenses et des adhérences évidentes au niveau de la région duodéno-vésiculaire. On ne note pas de stagnation au niveau du grêle, mais l'observation semble en avoir été insuffisante; par contre, la mobilité du cœcum, de l'angle colique et du transverse semble réduite. L'intensité des troubles, la répétition des migraines, rendent la vie impossible à cette jeune fille, une intervention est décidée. On ne constate aucune anomalie de la vésicule biliaire, ni des voies biliaires extra-hépatiques, mais des adhérences au niveau des premières anses du jejunum, avec stagnation évidente au niveau de l'une d'elles et remontant jusque dans le duodenum lui-même. L'estomac est énorme, on pratique une gastro-entérostomie suivie d'une duodeno-jejunostomie. Il en résulte une amélioration évidente et immédiate, les migraines disparaissent ainsi que les coliques abdominales; la malade reprend du poids et reste ainsi plus de huit mois dans un état satisfaisant. Puis, les crises douloureuses abdominales réapparaissent, les migraines reprennent et en quelques semaines, elles retrouvent leur intensité de jadis. Une radioscopie nous fait assister à la répartition des troubles et une laparotomie ultérieure nous montre qu'il existe un faisceau d'adhérences disséminées tant au niveau des anses grêles, du pylore et de l'estomac, que dans la région du cœcum et de l'ascendant. La malade non revue depuis est devenue une véritable infirme avec des crises abdominales et migraineuses presque continues et extrêmement intenses.

Telle est notre seconde observation personnelle, elle est croyons-nous entièrement comparable à celles de MM. P. Duval et J.-Ch. Roux puisqu'elle ne comportait, et deux interventions successives l'ont prouvé, aucune altération directe des voies biliaires extra hépatiques; or, son intérêt n'est pas moindre en dépit de l'absence du tubage duodénal que celui de notre première malade, si intéressante a tant de points de vue pourtant; si bien que si notre premier fait peut être homologué à ceux de M. Chiray et considéré comme pouvant relever des troubles biliaires, le second est uniquement d'ordre duodénal. Nous arrivons donc à cette conclusion définitive que la migraine digestive peut relever soit de troubles biliaires, soit simplement de troubles duodénaux.

Comment expliquer cette dualité possible, d'une part et comment, cette explication donnée, faire cadrer les migraines digestives incontestables, basées sur des faits nombreux et certains avec la théorie pathogénique que nous avons longuement décrite plus haut, théorie sympathico-humorale de la migraine en général à laquelle la forme digestive ne saurait échapper ?

A la première question il est facile croyons-nous de répondre, entre la migraine secondaire à une stagnation biliaire véritable et primitive par obstacle ou par atonie et celle liée à une stase duodénale il n'existe aucune opposition. La stase duodénale devant fatalement retentir sur l'évacuation biliaire même et provoquer une stagnation de la bile d'une façon secondaire mais non moins évidente. Nous regrettons certes de

ne pas avoir pratiqué le tubage duodénal et les diverses épreuves qu'il comporte chez notre seconde malade, il en fût de même d'ailleurs chez les malades de MM. P. Duval et J.-Ch. Roux, nous aurions trouvé sans doute une stagnation biliaire plus ou moins nette et nous ne voyons aucune difficulté à dire avec M. Chiray et ses élèves que cette stase du duodenum n'agit que par la stase biliaire qui en résulte. Il n'est point besoin en effet d'invoquer deux pathogénies pour expliquer une même résultante; la migraine biliaire est incontestable, la migraine duodénale ne semble pas relever d'un autre mécanisme, l'intoxication duodénale restant vraiment une donnée bien vague et bien imprécise pour expliquer semblable chose. Si bien qu'en définitive nous croyons ne devoir admettre jusqu'à plus ample informé qu'une seule migraine digestive; par stagnation biliaire, que cette dernière soit primitive ou secondaire.

*
**

Comment maintenant rattacher cette migraine digestive que nous devrions appeler duodéno-biliaire de la migraine en général? Nous savons, et nous l'avons exposé longuement que n'est pas migraineux qui veut. Il faut une hérédité spéciale; ne l'avons-nous pas trouvée chez nos deux malades? Il faut aussi des conditions d'âge et de sexe; nos deux observations ont trait à des femmes, atteintes dès leur jeune âge. Il faut enfin une action toute spéciale du sympathique modifiée dans ses réactions par un état d'instabilité humorale capable de provoquer par quelque chose d'ana-

logue au choc colloïdo-clasique, l'explosion brutale qu'est la crise migraineuse; nos observations, comme celles de MM. P. Duval et J.-Ch. Roux n'ont pas comporté les recherches nécessaires et suffisantes des modifications du sang indiquées par Widal, Pasteur-Vallery-Radot, Pagniez et Nast, pas plus que la recherche du métabolisme basal, pas plus aussi que l'étude systématique des dystonies pluri-glandulaires, ovariennes en particulier. Sans doute ces recherches nous auraient-elles grandement aidés pour résoudre le problème que nous posons ici. A priori deux pathogénies peuvent être en cause, soit que par action directe de voisinage la stase duodénale et la stase biliaire, les péri-duodénites et les péri-cholecystites qui les accompagnent aient pu irriter le plexus solaire et le sympathique; soit que la stase biliaire, certaine dans les deux cas nous l'admettons, ait pu par un chemin détourné modifier l'équilibre micellaire du sang et des humeurs; à moins que ces deux processus agissant de concert n'interviennent pour produire le trouble qui nous occupe. Nous ne saurions éliminer complètement l'action directe sur le sympathique très voisin; mais nous croyons devoir surtout incriminer un trouble possible sinon certain de la cellule hépatique, capable d'entraîner le déséquilibre humoral qui reste en fin de compte la notion fondamentale de la maladie migraineuse. Comment en effet ne pas croire que la stase biliaire, qu'elle soit primitive ou secondaire à la stase duodénale, ou même que cette dernière, par élaboration incomplète des dérivés di-

gestifs devenus toxiques ne vienne léser la cellule hépatique et provoquer un trouble de l'une de ses fonctions fondamentales, la fonction proteopexique. Il en résultera le passage dans le courant sanguin d'éléments protéïques insuffisamment désintégrés d'une part, et d'autre part, une régulation moins parfaite de la composition physico-chimique du sang et des humeurs. Bref, un déséquilibre humoral sur lequel la moindre cause occasionnelle provoquera le choc, dit crise migraineuse. Ainsi se rejoignent la théorie duodéno-toxique de MM. P. Duval et J.-Ch. Roux et la théorie biliaire de M. Chiray et de ses élèves. Théorie se ramenant en un mot au déséquilibre humoral par l'intermédiaire du foie et du trouble d'une de ses fonctions principales sous l'action des troubles duodéno-biliaires; c'est là d'ailleurs la notion toute récente mise en valeur ces temps derniers par M. G. Faroy pour qui les migraineux sont avant tout des hépatiques. Elle nous explique aussi l'action si manifeste du tubage duodénal comme dans notre premier cas, ou du drainage opératoire du duodenum et par là même des voies biliaires comme dans les observations de M. P. Duval et J.-Ch. Roux et chez notre deuxième malade; et nous dirons en conclusion que cette migraine digestive est certaine sans être très fréquente, qu'elle peut être à point de départ biliaire d'emblée ou duodenal ou encore duoduno-biliaire, mais que ces troubles ne semblent bien agir que grâce à un déséquilibre humoral lié à une insuffisance de la cellule hépatique aidé peut-être par une irritation de voisinage du grand sympathique.

TRAITEMENT

Des considérations précédentes il semble résulter que si la maladie migraineuse avec ses crises paroxysmiques est une, elle ne se présente pas moins sous des types différents, selon la prédominance de certains de ses symptômes et de certaines données pathogéniques. La migraine digestive constitue l'un d'eux, et dans cette variété nous avons voulu mettre plus particulièrement en évidence la forme duodenale qui s'apparente d'ailleurs avec la forme biliaire, mieux nommée bilio-hépatique. La thérapeutique devra donc comporter le traitement de la migraine en général et plus spécialement des migraines de la forme digestive dans sa variété duodenale.

Le traitement de la migraine en général doit être symptomatique, mais avant tout pathogénique. Le premier ne nous arrêtera que peu; il est classique et se résume à quelques mesures hygiéniques et à des calmants, des analgésiques variés que chaque malade expérimente le plus souvent tour à tour pour s'en approprier un ou deux particulièrement efficaces pour lui-même. De règle, le migraineux averti dès le matin de la crise prochaine restera couché la tête

basse, quelquefois au contraire demi-assis dans le silence et l'obscurité; bien souvent et surtout dans la forme digestive il observera une diète absolue et ne craindra pas d'essayer un lavage intestinal ou un lavement évacuateur qui le soulage parfois. Il aura pris de lui-même antipyrine, aspirine, pyramidon ou l'un de leurs nombreux dérivés plus ou moins complexes actuellement dans le commerce; rarement et seulement sur le conseil de son médecin il usera de barbituriques, de chloral, de bromures, parfois de belladone ou d'atropine. Nous devons signaler l'action heureuse dans certains cas du benzoate de benzyle ou de la trinitrine ou encore de l'acécholine qui a l'avantage de pouvoir s'injecter, et de laisser l'estomac au repos, enfin des hypotenseurs du liquide céphalo-rachidien tels que les petits lavements hypersucrés ou de sulfate de magnésie assez concentré qui doivent agir aussi sur le cholédoque et la vésicule biliaire par une action évacuatrice presque certaine. L'on adaptera l'importance de cette cure à la gravité de la crise et comme le disait fort récemment Pagniez, aux migraines légères s'opposent les simples mesures d'hygiène et quelques analgésiques; aux migraines moyennes les lavements concentrés, les vaso-dilatateurs ou même les vaso-constricteurs comme le tartrate d'ergotamine sur lequel nous reviendrons, aux migraines graves enfin l'adrénaline en piqûres, dont il faut user avec modération et même la morphine avec ou sans atropine.

Le traitement pathogénique doit comporter une thé-

rapeutique générale s'adressant à l'état sympathico-humoral, base de la maladie migraineuse d'une part, et d'autre part le traitement préventif et curatif de la cause occasionnelle qui déclenche sur ce terrain prédisposé la crise elle-même. Ce traitement général devrait être prophylactique, et l'on devrait chez les héréditaires du sexe féminin, au moment de la puberté, instituer une cure prophylactique comportant une hygiène systématique, un régime gastro-intestinal sévère et une surveillance toute spéciale du foie et des voies biliaires. La vie active avec des exercices physiques, une mastication minutieuse même avec un régime simple, des selles régulières, le massage, la balnéothérapie préviendraient chez bien des prédisposés des crises futures; l'expérience de la guerre qui guérit momentanément tant de migraineux en est une preuve intéressante à signaler. Pratiquement, il s'agira presque toujours d'un traitement curatif; la dysharmonie sympathico-humorale existe, c'est contre elle que l'on essaiera de lutter. L'on usera avant tout de la méthode de désensibilisation et l'on essaiera tour à tour : le choc très modéré que peut donner l'auto-hémothérapie, en injectant sous la peau 5 cc. de sang prélevé dans la veine, trois fois par semaine; puis l'auto-sérothérapie surtout de sérum sanguin prélevé deux heures après la terminaison d'une crise (il suffira avec une seringue stérilisée à l'autoclave de recueillir 50 cc. de sang, de le laisser coaguler dans un tube stérile, de décoller le caillot et après exsudation de conserver le sérum dans les ampoules préparées)

on en injectera tous les deux jours un cm^3 sous la peau, en commençant dès le lendemain de la crise, méthode intéressante et qui serait parfois efficace ; les injections de métaux colloïdaux peuvent être mises en œuvre, par exemple l'argent colloïdal, intra-veineux de préférence; la peptonothérapie conseillée par Pasteur-Vallery, Radot, Pasquier et Nast serait plus efficace, soit par la voie gastrique 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de peptone de bonne qualité, fraîchement préparée, de préférence la peptone spongieuse à la peptone sèche, à prendre trois quart d'heure avant chaque repas, soit par voie intra-musculaire malgré des réactions un peu vives; Sicard, Paraf et Forestier ont utilisé avec succès une solution de carbonate de soude intraveineux à la dose de 1 gr. 50 à 2 grs dissous dans 80 à 100 cc. d'eau physiologique, à répéter tous les deux ou trois jours, après la cinquième, la guérison serait obtenue et durerait parfois plusieurs mois; dans l'intervalle de ces injections Sicard recommande de prendre chaque jour 2 grs de bicarbonate de soude dans un peu d'eau avant chacun des trois repas; signalons les injections de lait, de sérum de cheval par injections hebdomadaires, la première de 10 cc., les suivantes de 5 cc.; quant à l'hyposulfite de soude son essai semble rationnel soit par voie gastrique, soit par injection.

Pour agir sur le sympathique hyperexcitable, nous n'avons guère que la médication endocrinienne, l'adrénaline qui à vrai dire n'en diffère guère, les calmants généraux et plus particulièrement les ma'ony-

lurées, les bromures, les tartrates borico-potassiques, les modificateurs de la circulation dont nous avons déjà parlé et particulièrement le tartrate d'ergotamine, enfin d'une façon toute exceptionnelle certaines interventions chirurgicales. Le traitement endocrinien comporte : la cure thyroïdienne à doses prudentes indiquée par Léopold Lévi dans les cas d'hypothyroïdie, ou au contraire l'hématoéthyroïdine dans ces cas inverses; l'hypophyse sur laquelle on insiste actuellement, employée sous forme d'extraits de lobe postérieur; enfin, l'ovaire qui sera donné en cas de règles insuffisantes ou déficientes et autant que possible à date fixe dans les périodes prémenstruelles. La médication pluriglandulaire sera peut-être encore plus souvent de mise, l'on se basera ici sur les signes endocriniens prédominants et l'on agira bien souvent il faut l'avouer par tâtonnements. Citons l'injection de sang des règles que nous nous proposons d'essayer selon la méthode préconisée récemment par Jahiel et Besredka (voir bibliographie) aux cas de sensibilisation hépatique en rapport avec la fonction ovarienne normale, sensibilisation qui s'accompagne si souvent de migraines. L'adrénaline souvent efficace d'après notre maître le professeur Denéchau (communications orales), doit être donnée quinze jours par mois à raison de 10 gouttes un quart d'heure après chacun des trois repas, les injections étant à rejeter autant que possible. Quant au tartrate d'ergotamine il semble d'après Tzanck souvent actif à la dose de deux milligrammes par jour en deux prises pendant quinze

jours, l'on pourrait atteindre soixante milligrammes par mois au dire de Tzanck, chiffre élevé, mais en surveillant attentivement les signes d'intolérance, vertiges ou fourmillements des extrémités. Les calmants tels que les malonylurées, bromures, tartrates borico-potassiques, semblent rationnels de par la similitude de la crise de migraine avec les crises épileptiques. Je connais, dit Pagniez, des migraines graves et très anciennes qui depuis des années sont tenues en respect par ces médications. On usera de petites doses, 0 gr. 10 ou même 0 gr. 05 de gardenal par jour; 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de ruthonal. Le bromure sera associer au tartrate borico-potassique et aux barbituriques à toutes petites doses; comme dans l'épilepsie ce traitement doit être continué sans interruption pendant un certain temps tout au moins. Devons-nous parler du traitement chirurgical s'adressant au sympathique? Il est certain que l'on signale des guérisons obtenues par la sympathectomie péri-artérielle des carotides, la résection de certains ganglions cervicaux, la ligature de la temporale après sympathectomie de cette artère (Jonnesco, Debrez de Liège, Sicard et Ler-moyez). Ce sont là certainement des méthodes d'exception, indiquées par des crises subintrantes rebelles à toute thérapeutique et rendant la vie intolérable.

Sous le nom de traitement spécial nous envisageons seulement celui que comporte notre forme digestive et particulièrement la forme duodenale. Ici se pose

tout d'abord le problème diététique qui est de règle dans toutes les migraines et appartient à vrai dire au chapitre précédent, mais qui est certainement plus important encore dans la forme duodeno-bilio-hépatique. Le régime devra être prescrit d'une façon détaillée et minutieuse, les repas seront plus fréquents et moins copieux, ils ne comporteront ni graisses, ni sauces, ni aliments fermentés, on n'usera des œufs que rarement et seulement d'œufs très frais ; les potages, la viande tendre, des biscottes de bonne qualité, du beurre très frais, des fruits bien mûrs et cuits, des boissons peu abondantes et chaudes seront indiquées, avec une mastication parfaite et nous dirons presque réfléchie. Le lait un peu écrémé est rationnel, le sucre encore plus. Comme médication gastro-duodénale on sera sobre ; la pepsine, la pancréatine ont été indiquées ; l'acide chlorhydrique et plus encore la dyspeptine peuvent être utiles ; il en est de même et avec plus de raison des alcalins : le bismuth à doses fractionnées, associé presque toujours à un peu de magnésie ou de sulfate de soude à doses réfractées. L'hygiène, l'hydrothérapie et les applications locales de chaleur nous semblent non moins nécessaires ; les compresses échauffantes, la poche à eau chaude ou le cataplasme électrique après chaque repas ; la diathermie et peut-être plus encore les ondes courtes feront parfois merveille (D^r Denéchau). La surveillance des selles est d'obligation ; on usera si besoin de laxatifs doux et de temps à autre de petits lavements évacuateurs, même des lavements huileux si souvent effi-

caces. Enfin, le repos couché après le repas avec l'application chaude gastro-hépatique, ou même pendant quelques instants dans la position gènu-pectorale un peu inclinée sur la droite peut suivant l'expérience de notre Maître faciliter grandement le transit duodenal. L'on pourra faire usage des extraits biliaires peu efficaces croyons-nous, du boldo et comme nous l'avons dit au chapitre précédent de peptone prise avant le repas mais que l'on pourra associer ici à la magnésie ou au sulfate de soude dont nous connaissons l'action cholagogue. Quant aux eaux minérales, des cures répétées à Vichy, à Carlsbad ou de préférence au Carlsbad français : Saint-Aré de Decize, préconisé par Moutiers, seront vraiment rationnelles.

Reste le drainage duodenal systématique ou le traitement opératoire. L'application de la sonde de Einhorn est devenue maintenant une chose non exceptionnelle; notre première observation montre son efficacité au point que notre malade depuis plus de 10 ans en a continué l'emploi, peut être est-elle d'ailleurs la première à en avoir fait usage. La technique en est classique : rien de plus simple que de faire avaler cette petite olive avec le tube de caoutchouc qui la continue; il faut surtout de la confiance, de la patience et du calme; la malade d'abord assise déglutira l'olive, et la sonde descendra spontanément et un peu lentement, aidée de rares mouvements de déglutition si besoin; après dix à quinze minutes l'olive atteint le pylore, 60 cc. de tube ayant été déglutis et le repère n° 2 se trouve alors au niveau des arcades

dentaires; aspirons avec une seringue, nous retirons un peu de liquide incolore acide au tournesol, la sonde est dans l'estomac. C'est alors que la malade se couche sur le côté droit, le siège légèrement relevé par un coussin, les jambes pliées, les cuisses fléchies sur le bassin; l'olive va franchir le canal pylorique, elle atteint la deuxième partie du duodenum au bout d'une heure et demie, le repère n° 3 est en face des arcades dentaires; retirons un peu de liquide, il est cette fois de couleur jaune d'or et si les premières gouttes sont parfois acides parce que mélangées avec du suc gastrique, les suivantes sont neutres ou alcalines. C'est à ce moment que notre malade éprouvait une amélioration subite de sa migraine. Le tube restera en place, elle le gardait des heures et des journées et elle savait elle-même retirer par aspirations douces de temps à autre le liquide alcalin montrant que la sonde restait en place. Elle savait aussi, et les malades l'apprennent facilement, reconnaître que l'olive était restée dans l'estomac ou y avait fait retour, la sonde s'y étant recourbée ou nouée. Elle savait enfin la retirer et avec patience la faire réintégrer le duodénum. L'on peut s'aider d'ailleurs pour placer la sonde de l'épreuve du lait ou de l'eau rougie qui injectés, reviendront par aspiration si le pylore n'a pas été franchi et que l'on ne pourra retirer dans le cas contraire. L'examen radiocopique est encore plus probant la sonde même sans caoutchouc au plomb se voit dans tout son trajet avec la plus grande netteté, et mieux encore l'olive qui la termine. Notre Maître a essayé à

plusieurs reprises chez cette malade d'injecter prudemment une solution de sulfate de magnésie à 25 %, elle le supportait avec peine et semblait ne pas en tirer bénéfice; il en va autrement des malades de M. Chiray, ce dernier préconise l'injection d'une solution de 30 cc. de sulfate de magnésie à 33 % qui provoquant, et c'est là l'épreuve classique de Meltzer-Lyon, l'évacuation de la bile et particulièrement de la bile vésiculaire améliorerait grandement les céphalées migraineuses après cinq ou six évacuation. Peut-être devons nous souligner ici l'action inverse de cette épreuve chez notre malade, prouvant que sa migraine n'était pas liée à une stase biliaire mais plutôt à une stase duodénale.

L'importance thérapeutique de ce drainage à la sonde d'Einhorn nous paraît grande, c'est une méthode d'emploi facile, rarement refusée par les malades, et d'une efficacité certaine; elle ne devrait pas rester une chose encore exceptionnelle dans la thérapeutique des migraines.

L'intervention chirurgicale qui nous reste à envisager comporte de règle une duodeno-jejunostomie, c'est-à-dire un drainage effectif et opératoire du duodenum; son action rationnelle à priori s'est montrée efficace chez notre deuxième malade ainsi que chez ceux de M. M. P. Duval et J. Ch. Roux. Son action peut-être persistante, presque définitive, au contraire comme dans nos deux cas elle n'est trop souvent que temporaire, des adhérences venant troubler le transit de l'anastomose et détruire le bénéfice acquis. Elle

doit pourtant s'imposer dans les cas trop nombreux où le traitement médical reste infructueux et où des examens réitérés, radiocopiques, radiographiques et aussi l'épreuve du tubage duodenal ont montré qu'il existe en un point du duodenum un obstacle organique. Pratiquée d'une façon plus précoce, avec un minimum de manipulations cette duodeno-jejunos-tomie devrait n'entraîner aucune suite fâcheuse, même éloignée. Il faut ajouter enfin la possibilité d'une cure radicale et facile de la sténose du duodenum lorsqu'il s'agit d'un obstacle par les vaisseaux mésentériques au niveau de sa 3^{me} portion; dans un fait de notre Maître le Professeur Dénéchau en collaboration avec le Professeur Brin une guérison complète suivit cette intervention malgré la cechexie extrême et l'âge très avancé de la malade.

Essayant de résumer ce trop long chapitre de thérapeutique nous dirons que la migraine duodenale comme les autres migraines digestives devrait comporter un traitement préventif par l'hygiène et le régime relativement sévère et surveillé chez les prédisposés et un traitement curatif d'ordre général par désensibilisation douce et progressive. La peptonothérapie magnésinée, par voie buccale, semblé la méthode la plus simple et la première à employer, les injections désensibilisatrices ne venant qu'après, l'adrénaline et les malonylurées restant d'un emploi facile et souvent efficace, ces diverses médications, mises en œuvre par cures régulières dans les périodes intermédiaires aux crises seront d'ailleurs bien sou-

vent essayées tour à tour, leur action variant d'un sujet à l'autre et aussi chez le même sujet d'une période à une autre. L'autosérothérapie postcritique (sans prélèvement 2 heures après la crise) pourrait être d'un emploi plus courant et les cures thermales de Vichy, de Carlsbad ou de Saint-Aré de Décize le plus souvent possible essayées. Le traitement local est peut être encore plus indispensable, avec diététique bien réglée, une mastication minutieuse, la chaleur locale allant même jusqu'à l'emploi des ondes courtes, en constitue la base. L'on n'hésitera pas à user du tube duodenal d'application facile et si souvent efficace et s'il le faut à intervenir pour lever un obstacle ou drainer un duodenum atteint de stase.

CONCLUSIONS

1°) La maladie migraineuse avec son expression clinique si caractérisée qu'est la crise de migraine se présente sous des types variés : digestifs, hépatiques endocriniens, réflexes, anaphylactiques, sympathiques etc... La forme digestive en est peut être le plus fréquent; or elle semble parfois liée à des troubles organiques du duodenum s'accompagnant de stase. C'est elle que nous avons particulièrement étudiée à l'occasion de deux faits inédits et qu'avec M. M. P. Duval et J. Ch. Roux nous appellerons migraine duodenale...

2°) Ces troubles du duodenum se résument essentiellement à la stase duodenale : stase plus ou moins complète que fait prévoir l'examen clinique et que viennent affirmer l'exploration radiographique surtout et aussi le tubage duodéal avec les renseignements qu'il permet d'obtenir. Les résultats thérapeutiques si remarquables liés au drainage par ce tube d'Einhorn lui-même ou par des interventions opératoires permettant de constater « de visu » l'obstacle au transit duodenal et de le faire disparaître confirment le rôle essentiel de cette stase.

3°) Cette forme spéciale doit pourtant rentrer dans le cadre général des migraines et comme elles, comporter avant tout un déséquilibre sympathico-humoral conditionné par une hérédité presque constante et apparaissant surtout dans le sexe féminin et dans le jeune âge, à l'occasion souvent de troubles endocriniens. Son essence même reste inconnue, peut-être n'est-il qu'une fragilité spéciale de l'équilibre micellaire qui sous l'influence d'une cause occasionnelle provoquera quelque chose d'analogue à la crise colloïdo-clasique de Widal, entraînant une réaction vaso-motrice brutale. Cet état spécial est la maladie migraineuse; le choc colloïdo-clasique constituerait la crise de migraine.

4°) Les troubles digestifs et la stase duodenale en particulier ne sont que l'un des facteurs venant rompre l'équilibre instable qui vient d'être dit, rendant patent ce qui n'était que latent. Le rôle de cette stase duodenale peut s'expliquer de plusieurs façons : soit qu'entraînant un trouble de l'élaboration des aliments elle les rends nocifs, théorie toxique admise par M. M. P. Duval et J. Ch. Roux; soit qu'agissant d'une façon presque mécanique elle cause une stagnation de la bile dans les voies biliaires principales et surtout dans la vésicule; soit même par action directe de voisinage et par propagation des lésions inflammatoires de péri-duodenite qui ne font guère défaut, elle irrite le grand sympathique tout proche.

5°) La deuxième théorie basée sur la stase biliaire

engendrée secondairement par la stase duodenale nous semble répondre à la majorité des faits; elle est possible à priori et s'apparente à la théorie biliaire soutenue par M. Chiray et ses élèves. Cette théorie elle-même ne nous paraît pourtant pas suffisante et dire que dans certaines migraines digestives il y a une stase biliaire dont la disparition guérit la migraine même n'est pas une explication pathogénique complète. Nous croyons que cette stagnation de la bile vient porter atteinte à la cellule hépatique et troubler ses diverses fonctions, particulièrement la fonction proteopexique; à moins que les toxines duodenales transportées au foie n'arrivent au même résultat.

6°) De tout cela il résulte que la migraine duodenale devra comporter un traitement général d'une part, agissant sur l'état sympathico-humoral, et un traitement spécial d'autre part rétablissant le transit du duodenum. Le traitement général ne différera pas de celui employé dans les autres variétés de migraine, nous le décrivons longuement dans notre travail.

7°) Le traitement spécial doit agir sur l'appareil digestif et particulièrement sur le duodenum, les voies biliaires et le foie. Il sera tout d'abord essentiellement médical, comportant un régime strict et toujours nettement précisé, quelques topiques de la muqueuse gastro-duodenale : bismuth, solutions alcalines, cures hydrominérales d'eau de Vichy, de Cardsbad ou de son homologue français Saint-Aré de Decize; enfin les applications chaudes sur l'estomac

et la région hépatique allant depuis le simple cataplasme électrique jusqu'à la diathermie et les ondes courtes. Il comportera aussi et d'une façon précoce dès que la stase duodenale sera prouvée la mise en jeu du drainage par la sonde d'Einhorn qui doit devenir d'application courante et dont l'action utile est prouvée par maintes observations, l'une des nôtres en particulier; on pourra y joindre l'injection de magnésie selon la méthode de Meltzer-Lyon qui pourtant nous a paru moins efficace dans la forme duodenale que dans la forme biliaire primitive.

Il sera enfin, parfois, chirurgical, pouvant ne consister qu'à lever un obstacle mécanique ou comporter un drainage chirurgical par la duodeno-jejunostomie qui semble d'ailleurs s'imposer dans presque tous les cas de stase véritable.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BOUQUET H. — Rapport sur la migraine ophtalmique et son traitement. *Bull. gén. de Thérap.* 1913, CL XV pa. 461

CANTILO E. — *La migraine ophtalmique* - Thèse Montpellier, 1929 N° 5

CHIRAY et TRIBOULET — La cholécystatonie - *Presse médicale* 1925 N° 20 pa. 1217

CHIRAY et LOMON — *Soc. Méd. Hop.* 1927 n° 21

CHIRAY — Etats mélancoliques et atonie vésiculaire - *Presse médicale* Janvier 1930 n° 6 pa. 81

CHIRAY. — Cholecystatonie - *Journal de méd. et chir. prat.* 1930 pa. 153

CHIRAY et PAVEL — *La vésicule biliaire* - Masson, éditeur 1927

CHRISTIENSEN — Etude clinique de la migraine - *Presse médicale* XXXIII 1925, pa. 914

CHRISTIENSEN. — Rapport à la VI^e réunion neurologique internat. Paris en 1926

CHRISTIANSEN. — Article « migraine ». *Nouveau traité de médecine* (Masson éditeur 1927)

de BEULE F. — *Le stade duod. chroniq.* - Rapport à la soc. belge de gastro entéro., *Archives de l'app. dig. et de la nut.* 1931 pa. 1108

DUVAL ET ROUX. — Les migraines duodénales. — *Arch. de l'app. dig. et de la nut.*, Janvier 1924.

DUVAL, ROUX ET BECLÈRE. — *Études Radio-Médico-Chirurgicales sur le duodenum* (Masson, éditeur, Paris, 1924).

FAROY. — Le rôle du foie dans la migraine. — *Progrès médical*, 1934, n° 31.

FORSTER. — Voir CANTILLO.

GALEZOWSKI. — Voir CANTILLO.

GUICHENE. — *La stase duodénale chronique*. — Thèse de Borbeaux, 1928, n° 37.

JAHIEL (Richard). — Sur les états de sensibilisation hépatique en rapport avec la fonction ovarienne normale (*archives des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*. — Janvier 1934, n° 1, p. 9.

JAHIEL (Richard). — Cholecystites et syndromes hépatobiliaires (*Annales de Thérapie biologique*), 15 décembre 1934, p. 178.

KOVALEWSKY. — Voir CANTILLO.

LEVI (L.). — Diagnostic des petits syndromes hypophysaires. *La médecine*, 1922-23, p. 339.

LEVI (L.) — Migraine ophtalmique et instabilité thyroïdienne. *Bull. gén. de Thérapie*, CLXX, 1913, p. 496.

LEVI (L.). — Voir CANTILO et SÉDILLOT.

MAHNOUD CHERIF. — *Sténoses chroniques du duodenum*. — Thèse de Strasbourg, 1928, n° 20.

Mathieu de FOSSEY. — *Société d'hydrologie*, 1^{er} mars 1926.

MÆBIUS. — Voir CANTILO.

ONFRAY (R.). — Migraines ophtalmiques et hygiène gastro-intestinales. *Revue des mal. de la nutrition*, 2^e série VIII, 1910, p. 253.

ONFRAY (R.). — Où l'on voit que Pascal avait des migraines ophtalmiques. *Presse méd.*, 1926.

PAILLARD (H.). — A propos des théories anciennes et nouvelles sur la migraine. *Jour. Méd. Français*, XI, 1922, p. 129.

PAILLARD (H.). — La migraine. *Journ. méd. français*, tome XXII, n° 2, Février 1933.

PAGNIEZ (Ch.). — Le traitement des migraines. *Presse médicale*, Janvier 1935, n° 1.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Migraines et anaphylaxie. *Médecine*, IV, 1922-23, p. 371.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Pathogénie des migraines. *Presse méd.*, XXXIII, 1925, p. 914.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Rapport à la VI^e réunion de neurologie internationale de Paris, 1926.

PASTEUR-VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. — Sur certains cas de migraine cédant au tubage duodenal, *Soc. méd. des Hôp.*

PASTEUR-VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. — La crise migraineuse est-elle d'origine sympathique (*Presse méd.*, 1934, n^o 86).

PAULIAN (D.) et GHIMUS (D.). — Surprises radiologiques dans la migraine ophtalmique et ophtalmoplégique. *Rev. neurologique*, XXXI, 1924, p. 585.

PIORRY. — Voir CANTILO.

REMOND et ROUZAUD. — L'azotémie et la cholestéinémie chez les migraineux (*Rev. de médecine*, XXXVIII, 1921, 1097).

SÉDILLOT (J.). — *La migraine* (Arnette, éditeur, Paris, 1934).

SÉDILLOT (J.). — Qu'est-ce qu'une crise de migraine, (*La médecine pratique*, 20 février 1934, n^o 2).

SICARD. — Le liquide céphalo-rachidien au cours de la migraine ophtalmique (*Bull. soc. méd. des Hôp.*, XXXV, 1913, p. 1142).

SICARD et HAGUENAU. — Traitement de la migraine (*rapp. à la VI^e réunion de neurologie internationale*, Paris, 1927).

SICARD. — La migraine (*traité de patholog. médic. et de thérap. appliquée. Neurologie*, tome II, p. 182, Maloine, édit., Paris, 1924).

SIEGRIST. — Voir CANTILO.

TZANCK (X.). — Le traitement des migraines par le tatrato d'ergotomine (*Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, XXII, 1928).

VERBAER (A.). — *Stase duodenale chronique*. Thèse Nancy, 1932, n° 168.

WEISSMANN (S.). — *Des migraines*. Thèse Paris, 1924.

WEISSMANN-NETTER. — Thèse Paris, 1925.

WIDAL (F.) et ABRAMI (P.). — Les modifications de l'indice réfractométrique des sérums au cours des crises hémoclasiques. (*C. R. Soc. des Biol.*, LXXVII, 1914, p. 280).

WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et BRISSAUD (E.). — Recherches expérimentales sur l'autocolloïdoclasie a frigore (*C. R. Acad. des Sciences*, CLXXIII, 1921. p. 207).

WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et GENNES (L. de). — Colloïdoclasie et glandes endocrines. (*Presse méd.*, n° 36, 6 mai 1922).

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Définition et Historique	15
Etude clinique	19
Les faits cliniques	25
Interprétation de faits	45
Traitement	65
Conclusions	77
Bibliographie	81
